

(送信先) 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂綜合病院 薬剤科 (FAX:024-939-5727)

プロトコルに基づく処方修正報告書

報告日： 年 月 日

保険薬局名称：	電話番号：
	登録番号：
担当薬剤師：	患者からの同意： ☐ 得た ☐ 得ていない

合意に基づき、以下について疑義照会を省略しましたのでご報告いたします

調剤済み処方箋を差し込んでFAX送信ください。

※緊急性のある疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。

疑義照会を行ったものや通常認められている変更調剤をこの形式で報告しないでください。

病院記入欄

薬剤科	

特記事項

特記事項
